

**CORSO AGGIORNAMENTO II LIVELLO**



Al  
C.F.O.P. "Don Tonino Bello"  
Via Bruno Buozzi 3 a/b  
76123 Andria (BT)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
con qualifica di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter partecipare al Corso di Aggiornamento di **II LIVELLO:**

**"LA NUOVA FIGURA DELL'OSS E DEL CARE MANAGER NELLA GESTIONE DEI  
SERIVZI SANITARI TERRITORIALI"**

che si terrà **Lunedì 24 Febbraio 2014** (14:00 – 20:00).

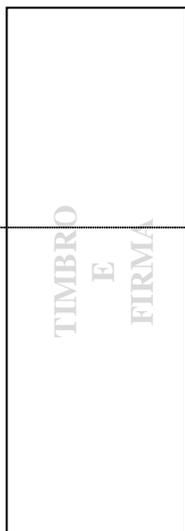
Da allegare Carta d'Identità e Codice Fiscale.

Data \_\_\_\_\_

Firma

Ora \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**PER RICEVUTA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
ha presentato domanda di iscrizione in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
per frequentare il corso di aggiornamento (II livello) del 24 Febbraio 2014 (14:00-20:00) dal titolo: **"LA NUOVA  
FIGURA DELL'OSS E DEL CARE MANAGER NELLA GESTIONE DEI SERIVZI SANITARI  
TERRITORIALI"**.

Le comunicazioni e informazioni inerenti al corso saranno pubblicate esclusivamente sul sito [www.centrodiformazione.it](http://www.centrodiformazione.it).

L'Ente declina ogni responsabilità derivante dalla loro mancata presa visione.